

FORMATO									
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)									
1. DATOS GENERALES									
1.1	FECHA DE EMISIÓN DEL FORMATO		20/12/2023						
1.2	ÁREA USUARIA		DPTO. FARMACIA						
1.3	DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN		ADQUISICION DE LINEA DE SANGRE PARA HEMODIALISIS Y HEMODIAFILTRACION LONGITUD LINEA ARTERIAL 3390 MM, VENOSA 3815 MM PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA POR UN PERIODO DE 12 MESES PARA EL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HNDM						
1.4	ACTIVIDAD DEL POI VINCULADA A LA CONTRATACIÓN								
1.5	N° DE REFERENCIA DEL PAC		109						
1.6	PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA		Código						
Documento que declaró la viabilidad									
2. INFORMACIÓN SOBRE EL REQUERIMIENTO									
2.1	DATOS DEL REQUERIMIENTO		Documento de requerimiento		INFORME N° 234 -2023-DF-AE-HNDM		Fecha de recepción		23/03/2023
2.2	MODIFICACIONES EFECTUADAS AL REQUERIMIENTO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA	Fecha de la segunda versión		De oficio		Con motivo de observaciones			
		Fecha de la tercera versión		De oficio		Con motivo de observaciones			
		Fecha de la cuarta versión		De oficio		Con motivo de observaciones			
		Fecha de la quinta versión		De oficio		Con motivo de observaciones			
2.3	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN INCLUIRÁ PAQUETE(S)		SI		NO		X		
			De ser afirmativa la respuesta, detallar el sustento técnico del área usuaria o el órgano encargado de las contrataciones, según el caso.						
2.4	SEÑALAR SI LA CONTRATACIÓN SE EFECTUARÁ POR ITEMS		SI		X		NO		
2.5	SEÑALAR SI SE HA LLEVADO A CABO UN PROCESO DE ESTANDARIZACIÓN		SI		X		NO		
			Documento de aprobación de la estandarización		RA N° 258-2023/OEA/HNDM		Fecha de aprobación	03/10/2023	
2.6	SEÑALAR SI EL BIEN OBJETO DE LA CONTRATACIÓN HA SIDO HOMOLOGADO		SI		NO		X		
			N° de Resolución que aprobó la Ficha de Homologación				Fecha de inicio de vigencia		
2.7	REQUERIMIENTO		Lo indicado se visualiza en el Capítulo III de la Sección Específica de las Bases.						
2.8	OBSERVACIONES AL REQUERIMIENTO								
	N° Item	Cantidad total de observaciones	Cantidad de observaciones formuladas por el OEC	Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación con la cual se remitió al área usuaria las observaciones al requerimiento	Fecha de remisión de la comunicación	
	Consignar una síntesis de las observaciones								
	Consignar una síntesis de las observaciones								
	Consignar una síntesis de las observaciones								

FORMATO							
RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACTUACIONES PREPARATORIAS (BIENES)							
2.9 RESPUESTA DEL ÁREA USUARIA							
Nº Item	Cantidad total de respuestas a las observaciones	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por el OEC	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación	Cantidad de respuestas a las observaciones formuladas por los proveedores	Comunicación de respuesta del área usuaria	Fecha de remisión de la comunicación
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
Consignar una síntesis de las respuestas a las observaciones							
2.10 AJUSTES QUE SE REALIZARON AL REQUERIMIENTO							
Nº Item	Ajustes realizados al requerimiento						
3 INFORMACIÓN RELEVANTE ADICIONAL COMO RESULTADO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO							
3.1 FECHA DE INICIO DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		11/04/2023		FECHA DE CULMINACIÓN DE LAS INDAGACIONES EN EL MERCADO		20/10/2023	
3.2 PLURALIDAD DE PROVEEDORES QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI		NO	X
La empresa FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. presenta una carta por parte de la empresa FRESENIUS MEDICAL CARE ANDINA S.A.S en la cual deja constancia que la empresa FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. es representante exclusivo en el Perú y es la única autorizada para comercializar la línea de productos para hemodialisis, diálisis peritoneal y diálisis del sistema Andy Disc y que se encuentra facultada a representar en concursos públicos convocados por instituciones privadas, públicas y castrenses y ESSALUD.							
3.3 PLURALIDAD DE MARCAS QUE CUMPLEN CON EL REQUERIMIENTO				SI		NO	X
En caso de no existir pluralidad de marcas que cumplen a cabalidad con el requerimiento, indicar aquí la evaluación de la Entidad al respecto.							
3.4 POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR LA BUENA PRO				SI		NO	X
En caso de existir la posibilidad de distribuir la buena pro, sustentar.							
3.5 SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PUEDA UTILIZARSE PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE EVALUACIÓN				SI		NO	X
En caso de obtenerse información que se puede utilizar para determinar los factores de evaluación, detallarla.							
3.6 SOBRE OTROS ASPECTOS NECESARIOS QUE TENGAN INCIDENCIA EN LA EFICIENCIA DE LA CONTRATACIÓN				SI		NO	X
En caso de obtenerse información de otros aspectos que tengan incidencia en la eficiencia de la contratación, detallarla.							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>4</p> <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "BOS DE MAYO"</p> <p>TAP. SANDRO R. OLIVA ELGUERA Coordinador del Equipo de Trabajo de Programación - Oficina de Logística</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "BOS DE MAYO"</p> <p>Abog. HERNÁNDEZ SAavedra RENGIFO Jefe de la Oficina de Logística</p> </div> </div> <p>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO COMPETENTE DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</p>							